

APLICACION PARA COMIDAS GRATUITAS Y COMIDAS A PRECIO REDUCIDO

Nombre de la Escuela _____

Para solicitar comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo(s) llene, firme y devuelva esta solicitud a la escuela. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al teléfono _____.

Apartado 1	Llene este apartado para niños(as) que van a esta escuela/distrito pero que no están incluidos en las estampillas de comida, CA o FDPIR. (Vaya al Apartado Número 3)			
	Nombre del Niño(a)	Nombre de la escuela	Grado	Maestro(a)
	1. _____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____
	4. _____	_____	_____	_____

Apartado 2	Llene este Apartado para los Niños(as) que van a la escuela/distrito y que están recibiendo estampillas de comida, CA o FDPIR. (Vaya al Apartado número 5) Número de caso de estampillas de comida: _____			
	Número de CA: _____	Número de FDPIR: _____		
	Nombre del Niño(a)	Nombre de la escuela	Grado	Maestro(a)
	1. _____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____
	4. _____	_____	_____	_____

Apartado 3 Si su hijo está incluido en el Apartado 1, usted debe llenar este Apartado Y también el Apartado número 5. Si su hijo(a) está incluido en la lista del Apartado 2, no llene este Apartado y pase al número 5.

MIEMBROS DE LA CASA: Haga una lista de los nombres de cada una de las personas que habitan en la casa, incluyendo usted, otros adultos y niños(as). **NO INCLUYA LOS NIÑOS(AS) QUE ESTÁN YA INCLUIDOS EN EL APARTADO 1.**
INGRESOS MENSUALES: Ponga la cantidad de ingresos mensuales de cada persona y de dónde los recibe. Escríbalo en la misma línea con el nombre. Escriba una lista de los ingresos BRUTOS (ANTES de las deducciones de impuestos, seguridad social, etc.)

NOMBRE	Escriba usted el número total de personas en su familia (incluyendo usted)	Ingresos mensuales de Trabajo (antes de impuestos)	Asistencia Mensual* Pagos Ayuda para niños CA y Pension	Ingresos mensuales Pensiones, Retiro y Seguridad Social	Ingresos mensuales de otras Fuentes de ingresos	No hay ingresos √ Aquí
		\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>

Apartado 4 **NIÑOS ADOPTIVOS/INSTITUCIONALIZADOS:** Completar una aplicación por separado por cada niño ya sea adoptivo/institucionalizado. Escribir el ingreso personal del niño y cada cuanto se reciben. **(Vaya al Apartado número 5)**

Nombre del niño(a) _____ Grado _____ Ingresos mensuales _____

Apartado 5	Nombre (en letra impresa) _____ Dirección _____ Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____ Firma y número de Seguro Social del miembro adulto de la familia que firma esta forma; o marque la cajita de abajo si esta persona NO tiene número de Seguro Social. _____ Firma	Certifico que toda la información dada es verdadera correcta Entiendo que esta información ha sido dada para recibir Fondos Federales; que los oficiales de la institución pueden verificar esta información; y que la información dada incorrecta puede dar lugar a acusación y persecución en mi contra de acuerdo con las leyes vigentes tanto estatales como federales. _____ Seguridad Social
		_____ Fecha Si NO tiene usted Núm. de SS - √ Aquí <input type="checkbox"/>

Eligibility Total Household Size: _____ Total Monthly Income \$ _____ Food Stamp/CA/FDPIR _____	Solo para uso oficial Eligibility Determination () Approved free () Approved Reduced () Denied (Reason) _____ () Temporary Approval Until _____ Date Approved _____ Date Notice Sent _____ Signature of Determining Official _____
---	--

La SECCION 9 del Acta Nacional de Comida Escolar requiere que, al menos que se de el número de las estampillas de comida de su niño o el número del caso de CA o FDPIR, usted deberá dar el número de Seguridad Social del adulto que firma esta aplicación o indicar que no lo tiene, si así fuera. No es obligatorio el dar el número de Seguridad Social, pero si no se da o no se indica que el adulto firmante no lo posee, la aplicación no puede ser aprobada. Esto se le debe hacer saber a la persona que firme. El número de Seguridad Social puede ser utilizado para identificar al miembro de la casa y por medio de él verificar que la información dada en la aplicación es correcta. Estas verificaciones pueden ser llevadas a cabo a través de revisiones, auditorias, e investigaciones y puede incluir el ponerse en contacto con el empleador para determinar el salario, contactar la oficina de estampillas de comida o ayuda (welfare) para determinar si está recibiendo beneficios de Estampillas de Comida, CA o FDPIR; contactar la oficina de seguridad de empleo del Estado para verificar la cantidad de beneficios recibidos y ver la documentación presentada por el miembro del hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. El dar información incorrecta puede resultar la pérdida o reducción de los beneficios, demanda administrativa o acción legal.

Apartado 6	<p>RAZA: Por favor indique raza o identidad etnica de su hijo. No se le requiere que conteste. Necesitamos esta información para aseguramos que los beneficios sean otorgados justamente.</p> <p>() Negro, Africano Americano () Asiático () Indio Americano o Nativo de Alaska () Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico () Blanco () Hispano o Latino</p>	<p>De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los E.U., a esta institución se le prohíbe discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para registrar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y patrón de oportunidad igual.</p>
----------------------	--	--

FOR SCHOOL USE ONLY

<p>VERIFICATION</p> <p>Date Selected for Verification _____</p> <p>Response Due from Household _____</p> <p>Second Notice Sent _____</p> <p>Date Response Received _____</p> <p>Sample Selection: () Random () Focused () 100% () Other</p>	<p>Verification Results:</p> <p>() No Change () Ineligible () Free to Reduced () Reduced to Free</p>	<p>Reason for Change:</p> <p>() Income () Household Size () Refused to Cooperate () Other _____</p>
<p>() Food Stamp/CA/FDPIR Eligibility: () Not Confirmed () Food Stamp/CA/FDPIR Office () Notice of Eligibility () Agency records</p>	<p>() Monthly Income \$ _____ () Wage Stubs () Written Documents () Collateral Contact () Other _____</p>	<p>Date Adverse Notice Sent _____ Date of Change _____ Signature of Verifying Official _____ Date _____</p>

MONTHLY INCOME CONVERSION: WEEKLY X 4.33; EVERY TWO WEEKS X 2.15; TWICE A MONTH X 2
--